

健保門診牙位更正報備表

填表日期： 年 月 日

病患姓名	病患身份證字號	病患出生年月日	處置醫師姓名	就醫日期	原申報資料		更正後資料	
					處置代碼	申報牙位	處置代碼	申報牙位

健保特約代號：_____ 院所名稱：_____

TEL：_____ 住址：_____

分會專用欄位，院所請勿填寫

編號：_____ 核備日期：_____ 中區審查分會承辦人簽章：_____

(醫事機構大章)

負責醫師章

- 備註：
- 收到抽審通知或遭行政核刪後，提出報備者申復不予給付；申復需檢附核備後之牙位更正報備表正本及佐證之相關 X 光片。
 - 填寫後(僅需本表，不需病歷、X 光片..)請寄回→中區審查分會 地址:402 台中市南區忠明南路 789 號 34 樓-1。
TEL：04-22658901、E-mail：twmsoffice2016@gmail.com；本表核備後之正本以平信寄回，自行確認是否收到，未收到者於填表日 20 日內向本會申請補發，逾期恕不受理補發。
 - 本表僅供審查參考及院所備查，健保署資料庫無法更正。若處置代碼錯誤，請洽健保署中區業務組承辦人自清。
 - 本表即日起適用，自 113.4.1 起僅接受本版，舊版不適用。